Al Dirigente Scolastico

del Liceo Novello di Codogno

OGGETTO: comunicazione della richiesta permessi ai sensi della L.104/92

Il/la sottoscritto/a Nato/a a Prov.( ) il In servizio presso in qualità di Docente/ATA a tempo determinato/indeterminato, in servizio presso la sede di nella classe sezione

# CHIEDE

Di beneficiare

* dei permessi previsti dall’art.33 comma 3
* del congedo biennale dal al

# DICHIARA

Sotto la **propria personale responsabilità** ai sensi degli art.46,47 del DPR 445/2000

**Consapevole** che ai sensi dell’art.76 del DPR 445/2000 “Chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso (…) nei casi previsti dal presente TU è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia” (barrare le caselle che interessano)

* Che presta assistenza nei confronti di

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_prov. ( ) il\_\_\_\_\_\_\_ Residente

a in Via n. che è in situazione di disabilità come da verbale della Commissione Medica allegato

* Che il familiare a cui presta assistenza è convivente con il/la sottoscritto/a
* Che il familiare assistito ha il seguente grado di parentela

e che il sottoscritto è l’unico familiare che presta assistenza

* Che nessuno dei seguenti familiari (fratelli – coniuge – altro)

assiste il familiare in modo continuativo come da dichiarazioni allegate

o Che pur avendo un grado di parentela/affinità di **terzo grado** il familiare **non ha** genitori o coniuge che lo possano assistere perché:

# mancanti

* + **affetti da patologie invalidanti (documentate)**

# ultrasessantacinquenni

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

In attesa di **accoglimento** della richiesta di cui sopra allega:

* copia originale del verbale della Commissione Medica ovvero copia autenticata dello stesso

o certificato medico dal quale risulti la patologia invalidante in caso di deroga al 2 grado di parentela o affinità

o dichiarazione che gli altri familiari entro il secondo grado (o terzo nei casi previsti) non fruiscano dei permessi o non siano idonei a prestare assistenza

Data

In fede